KRONİK OBSTRİKTİF AKCİĞER HASTALIĞI ALEVLENMESİ

Prof. Dr. Turgay Çelikel

Tanı Kriterleri:

KOAH'lı bir hastada
- Nefes darlığında artış ya da
- Balgam miktarında artış ya da
- Balgam pürülansında artış

Klinik:

Konstitusyonel semptomlar, değişmemiş akciğer grafisi, pulmoner fonksiyonda değişebilir bir azalma, ve takipne tipik olarak görülür. Ciddi atakta alevlenme solunum yetmezliği ve ölüme götürebilir. Alevlenme sona erdikten sonra bile bazı hastalar eski basal sağlık durumlaraına dönemeyebilirler. Hastaların çoğunlğunda alevlenme nedeni infeksiyon (% 60), hava kirliliği veya nedeni bilinmeyen sebeplerdir.

Solunum yakınmaları artmış olan ve solunum fonksiyonları düşük olan KOAH hastalarında sıklıkla myokard iskemisi, konjestif kalb yetmezliği, pulmoner emboli veya aspirasyon oluşabilir.

Hastaneye Yatırma Kriterleri:

- Pnömoni, kardiak aritmi, konjestif kalb yetmezliği, diabet mellitus, böbrek yetmezliği veya karaciğer yetmezliği gibi yüksek riskli eşzamanlı hastalıklar
- Hastane dışı tedaviye semptomların yetersiz yanıtı
- Dispnede belirgin artış
- Semptomlar nedeni ile yemek yiyememe veya uyuyamama
- Kötüleşen hipoksemi
- Kötüleşen hiperkapni
- Mental durumdaki değişiklikler
- Mental durumdaki değişiklikler
- Kişinin kendine bakamayacak durumda olması (ev desteği olmaması)
- Tanının belirsiz olması
- Akut respiratuar asidoz

Tedavi:

Hafif alevlenmelerde yoğun ev tedavisi hastaneye geliş ve yatışı engelleyebilir ancak burada ev tedavisini üstlenecek deneyimli bir ekibin eve gidecek doktor veya hemşirenin olması gerekir.

Tedavinin amaçları:

- Alevlenme nedenini bulmak ve mümkünse tedavi etmek
- Bronkodilatörler ve diğer farmakoterapiler ile solunum fonksiyonlarının optimal seviyeye getirilmesi
- Yeterli oksijenizasyon ve sekresyon temizliğinin yapıldığından emin olunması
- Mümkünse intübasyondan hastayı kurtarmak
- Tromboemboli ve kondisyon düşüklüğü gibi immobilizasyon komplikasyonlarının önlenmesi
- Beslenme gereksinimlerinin karşılanması

Farmakolojik tedavi:

KOAH alevlenme tedavisinin esasını inhale beta adrenerjik agonistlerin verilmesi, antikolinerjik bronkodilatörlerin verilmesi, kortikosteroidler ve antibiotikler oluşturur.

İnhale beta adrenerjik agonistler:

Salbutamol gibi beta2adrenerjik agonistler hızlı etkileri ve bronkodilatör etkinlikleri nedeni ile KOAH alevlenme tedavisinin temelini oluşturur. Bu ilaçlar nebulizatörden veya bir uzatıcı (spacer) ile ölçülü doz inhalatörden verilebilir (MDI). Elde mevcut ise bu durumda nebülizör tedavi tercih edilmelidir.

Tipik olarak her saat başı veya 2 saatte bir, salbutamol, 2 nefes çekimi MDI (180 mcg) veya nebulizör ile 2.5 mg verilir. Nebulize salbutamol dozunun 5 mg a çıkartılmasının spirometri veya klinik iyileşme üzerinde rolü yoktur. Aynı şekilde betaagonistlerin sürekli nebulizasyon şeklinde verilmesinin bir avantaj getirdiği gösterilememiştir ve önerilmez. Beta agonistlerin subkutan verilmesi aritmiler veya myokard iskemisi oluşturma olasılığı yüksek olduğundan mümkünse kullanılmamalıdır.

Antikolinerjik bronkodilatörler:

İpratropium bromide'in beta agonistler ile kombine kullanılması daha fazla bronkodilatasyon sağlar. İpratropium akut alevlenmelerde nebulizör ile (500 mcg 48 saatte bir) veya uzatıcı ile MDI ile 2 nefes çekimi (36 mcg) 24 saatte bir verilebilir.

Glukokortikoidler:
Methylprednisolone 60-125 mg i.v 24 defa / gün yatan hastalara sıklıkla verilir. Hastane dışında tedavi edileceklere ise 40-60 mg oral/günde bir prednisone verilir. Sistemik glukokortikoidler faydalıdır ancak bu yaşlı kronik hasta grubunda çok belirgin yan etkileri de vardır. Bu nedenle biz hastanemizde 3 günlük i.v kortikosteroid tedavisinden sonra nebulize kortikosteroid tedavisine geçmekteyiz. Uzun süreli tedavide, sık alevlenmeleri olanlarda veya FEV1 % 50 beklenenin altında olanlara inhale kortikosteroid kullanması önerilir.

Antibiotikler
KOAH alevlenmelerinin % 60'ı infeksiyonlara bağlıdır ve bunun da çoğu viraldir. Ancak bakterial infeksiyonlar da sıktır veya ikincil olarak gelişebilir. Pnömokok, H. influenza ve Moraxella catarrhalis en ön planda gelen bakterilerdir.
Chlamydia da % 10-15 civarı sorumlu olabilir. Balgam miktarı arttığında ve rengi pürülan hale geldiğinde antibiotik tedavisine başlamak gerekir ya da mekanik ventilasyon gereksinimi gibi ciddi alevlenme durumlarında antibiotik tedavisine başlamak gerekir. 1. jenerasyon (trimetoprimsul fometaksazol, ampisilin, doksisiklin) ve 2. jenerasyon (amoksisilinklavulanat, kinolonlar, yeni makrolidler) arasında metaanalizlerde gösterilen etkinlik farkı vardır ve yeni jenerasyon ilaçlar içinde de kinolonlar nükslere karşı en etkili bulunmuşlardır. Eş zamanlı hastalığı olmayan hafif ataklarda (balgam miktarında artış, balgam prülansında artış veya dispnede artıştan sadece birisi olduğunda) antibiyotik tedavisi önerilmez. Balgam kültürü rutin olarak önerilmez ancak antibiyotiğe rağmen infeksiyon iyileşmiyorsa kültür yapılmalıdır.

Mukokinetik ajanlar ve Metilxantinler tedavide kullanılmaz

Oksijen Tedavisi
Oksijen tedavisi akut tedavinin en belirgin kısımlarından birisidir ve burada hedef PaO_2 60-65 mmHg olmalıdır ya da hemoglobin oksijen saturasyonu 90-92 olmalıdır. Venturi maskeleri bu durumda en ideal maskedir. Ancak her yerde bulunabildiği için nasal kanül tercih edilir. Yemek yerken bile kullanılabilir. Bu hastalara genel olarak 1 L/dk gibi bir O_2 dozundan başlanır ve yavaşça arttırılır.
Yüksek oksijene ihtiyaç varsa pulmoner ödem, emboli, ARDS veya pnömoni gibi bir etyoloji düşünülmelidir. Oksijen saturasyonu % 90 civarı tutulduğunda CO_2 yükselmesi ile beraber pH 7.35'in altına düşüyorsa veya mental durum bozulduysa noninvasiv mekanik ventilasyon gereksinimi başlamış demektir.

Mekanik ventilasyon

pH'nın 7.35 altına düşmesi, $PaCO_2$ > 45 mmHg olması ve solunum sayısının 24 üzerinde olması NIMV endikasyonudur. Hasta NIMV ile 12 saat içinde düzelmiyorsa, kanama varsa, kardiak instabilite varsa, aşırı sekresyon mevcut ise veya arrest gelişirse hasta intübe edilip mekanik ventilatöre bağlanmalıdır.

Takip

Taburcu olduktan sonra relaps için risk faktörleri:

- acil serviste daha fazla sayıda nebülizör bronkodilatöre gereksinim olması,
- acil serviste aminofilin kullanımı,
- evde oksijen destek tedavisi gereksinimi,
- son bir hafta içinde acil servisi kullanma gereksiminin doğması,
- daha önce acil servise geldikten sonra relapsın oluşması
- acil servisten taburcu ederken kortikosteroid veya antibiotiklerin verilme gereksiniminin oluşması

Kaynaklar:

1- Stroller KJ. Management of acute axacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. UpToDate 2007.

2- Mouded M, Zaas D, Wise R. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In The Osler Medical Handbook,891-897. 2003.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ